Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Aparat do pomiaru RR z mankietem do dezynfekcji
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 20 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	Ciśnieniomierz automatyczny do pomiaru ciśnienia krwi i pulsu	Tak	
2.	Zakres pomiaru dla ciśnienia: 0-299 mmHg (+/- 3 mmHg)	Tak, podać	
3.	Zakres pomiaru dla tętna: 40-180 uderzeń na minutę (+/- 5 % wartości odczytu)	Tak, podać	
4.	Czytelny duży, kolorowy wyświetlacz	Tak	
5.	Urządzenie wyposażone w funkcję wykrywania arytmii serca w tym migotanie przedsionków	Tak	
6.	Mankiet uniwersalny dla osób o obwodzie ramienia w zakresie 22 - 42 cm z możliwością dezynfekcji	Tak	
7.	Wbudowany moduł bluetooth	Tak	
8.	optymalny dobór ciśnienia w mankiecie	Tak	
9.	Wskaźnik ruchu ciała w trakcie pomiaru	Tak	
10.	Funkcja uśredniania wyników z 3 pomiarów	Tak	
11.	Etui w zestawie	Tak	
12.	Zasilanie bateryjne, komplet baterii na wyposażaniu	Tak	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Stetoskopy
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 15 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
13.	dwustronna aluminiowa głowica w klasycznym kształcie	Tak	
14.	średnica membrany min. 44mm zapewniająca głośny odbiór dźwięków oraz wzmocnienie tonów niskich	Tak, podać	
15.	miękkie obwódki pozwalające na idealne ułożenie głowicy na skórze pacjenta, a także zapewniają „ciepły dotyk” głowicy	tak	
16.	giętka, bezlateksowa lira stetoskopu wbudowana wewnątrz drenu wykonanego z PVC	tak	
17.	miękkie samouszczelniające oliwki doskonale dopasowujące się do zewnętrznego kształtu kanału słuchowego i jednocześnie zapewniające komfort użytkowania	tak	
18.	zapasowe twarde oliwki i membrana	Tak	
19.	Waga do 100 g	Tak, podać	
20.	długość całkowita do 80 cm	Tak, podać	
21.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez dostawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	TAK	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Termometry do pomiaru ciała
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 20 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
22.	Bezdotykowy, nieinwazyjny, na podczerwień do pomiaru temperatury ciała dorosłych	Tak	
23.	Parametry techniczne (minimum): - Zakres pomiarowy: tryb temperatury ciała 32,0°C – 42,9°C. - Odległość pomiaru : 1-5 cm. - Czas pomiaru max do 2 sekund. - Odczyt temperatury w jednostkach °C/°F – do wyboru - Dokładność: w zakresie : +35°C + 42°C: ±0,3°C;	Tak, podać	
24.	podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD	Tak	
25.	funkcja alarmu w wypadku podwyższonej temperatury ciała	Tak	
26.	Automatyczne wyłączanie max. 30 sek.	Tak, podać	
27.	Zasilanie bateryjne	Tak	
28.	Zawartość zestawu: termometr, instrukcja obsługi w języku polskim, baterie w liczbie umożliwiającej korzystanie z urządzenia	Tak	
29.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez dostawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	TAK	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Worek ambu (resuscytator)
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 6 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
30.	worek samorozprężalny dla dorosłych o pojemności min. 1500ml max. 1700ml wykonany z silikonu (bezlateksowy), przeźroczysty, z możliwością podłączenia tlenu	Tak, podać	
31.	rezerwuar o pojemności min. 1500ml	Tak, podać	
32.	zastawka bezpieczeństwa zapobiegającą cofaniu się powietrza do worka	Tak	
33.	matowa i / lub antypoślizgowa powierzchnia worka.	Tak	
34.	Możliwość sterylizacji (wszystkich części w autoklawach w temp. max. 132ºC .	Tak	
35.	W zestawie: maska nr 5, rezerwuar tlenu, przewód tlenowy min. 2 m, walizka z tworzywa sztucznego	Tak,	
36.	Rękojmia 12 miesięcy	Tak	
37.	Wymagany certyfikat CE	Tak	
38.	Możliwość mycia i dezynfekcji worka w oparciu o przedstawione przez dostawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	TAK	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pulsoksymetr
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 10 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
39.	automatyczny i nieinwazyjny pulsoksymetr napalcowy, mierzący poziom tlenu i tętno, przeznaczony dla osób dorosłych	Tak	
40.	zakres pomiaru tętna 30-250 BMP (dokładność: +/- 2%)	Tak, podać	
41.	zakres pomiaru saturacji : 70 – 100% (dokładność: +/- 2%)	Tak, podać	
42.	funkcje: alarm wizualny, automatyczne wyłączanie, wskaźnik poziomu baterii,	Tak, podać	
43.	zasilanie: bateryjne,	Tak	
44.	Wyświetlacz OLED	Tak	
45.	Waga: do 60 g (z bateriami)	Tak,	
46.	Temperatura pracy: min. 5 - max. 40 °C	Tak, podać	
47.	W zestawie: baterie (w liczbie niezbędnej do uruchomienia), smycz i etui, instrukcja obsługi	Tak	
48.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez dostawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	TAK	

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy	**Tak**	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
2.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	**Tak**	
3.	Wykonawca zapewnia sprzęt zastępczy na czas serwisu / naprawy sprzętu	**Tak**	
4.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	**Tak**	
	Szkolenia		
5.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	**Tak**	
6.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia – jeżeli dotyczy,	**Tak**	
7.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	**Tak**	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:
- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB
- PODPISEM ZAUFANYM LUB
- PODPISEM OSOBISTYM